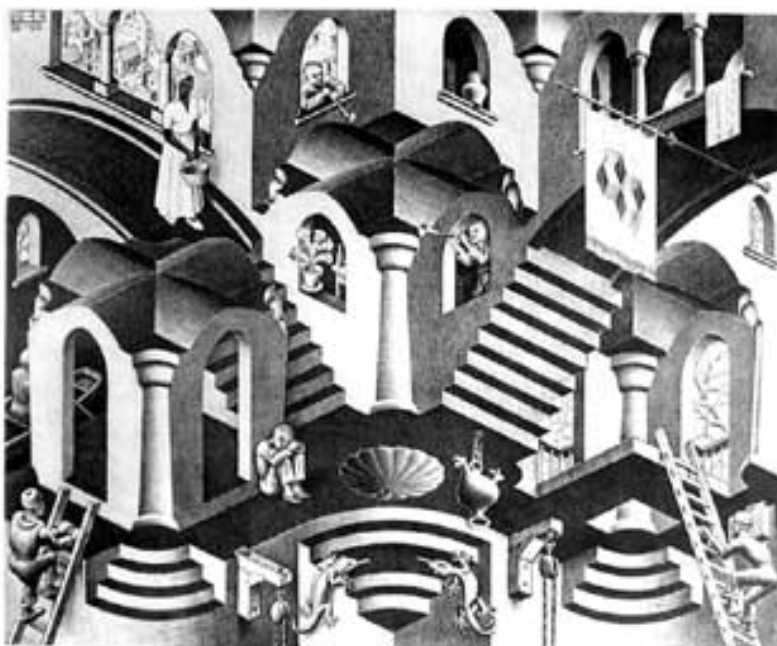


LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES POPULATIONS IMMIGRANTES

Projet pilote : synthèse



Escher, 1955

Alex Battaglini
Elena Alvarado
Léo-Rock Poirier
Malijai Caulet

Février 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal



Santé publique

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES POPULATIONS IMMIGRANTES

Projet pilote : synthèse

Alex Battaglini
Elena Alvarado
Léo-Rock Poirier
Malijai Caulet

Février 2005

*Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux*

Québec
Montréal



Santé publique

Une réalisation de l'Unité Écologie humaine et sociale
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire.

Par l'équipe Culture et migration (Direction de santé publique de Montréal)

Collaborateurs

Isabelle Hemlin
Josiane Legall
Spiridoula Xenocostas
Myrriam Lafrenière
Pierre Tousignant

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

© Direction de santé publique de Montréal
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-441-1

Table des matières

Contexte et objectifs	3
Méthodologie.....	4
Principaux résultats.....	5
Les enjeux dans l'utilisation et l'organisation de services	5
Ce que disent les gestionnaires	5
Les services d'interprète	6
L'adaptation des services et l'équité	7
Pour quelles populations les services devraient être plus adaptés?	7
Conséquences de l'adaptation des services.....	7
Soutien des instances régionales et ministérielles	8
Ce que disent les intervenants	8
Particularités de l'intervention.....	8
Les clientèles vulnérables.....	9
Le service d'interprète	9
Synthèse des rencontres	10
Conclusion : du projet pilote à l'étude principale	11
Bibliographie.....	15

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES POPULATIONS IMMIGRANTES

Projet pilote : synthèse

Donnant la parole à des intervenants et à des gestionnaires œuvrant dans un contexte pluriethnique, ce rapport synthèse tire son contenu d'un projet pilote qui aborde la spécificité de l'organisation des services en regard des besoins propres à une clientèle d'origine immigrante.

Contexte et objectifs

En 2001, la proportion de la population montréalaise née à l'extérieur du Canada était de 28 % sur le territoire montréalais. La planification triennale 2005-2007 du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration permet encore une fois d'envisager une augmentation de cette proportion au cours des prochaines années (Gouvernement du Québec, mai 2004). Cette croissance de l'immigration contribue à la diversification culturelle et sociale, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'organisation et la prestation des services sociaux et de santé. Cette diversification socio-culturelle se manifeste par de multiples conceptions de la santé et de la maladie, des besoins et des attentes de santé spécifiques et des connaissances variables du réseau de la santé. Par conséquent, il est permis de s'interroger sur les capacités d'adaptation de la première ligne pour maintenir une qualité de

service en termes d'accessibilité et d'adéquation aux besoins de ces populations. Rappelons que, le réseau de la santé joue un rôle important dans le processus d'intégration des nouveaux arrivants et, par conséquent, il peut contribuer à son succès s'il démontre la capacité de s'adapter à leurs particularités, évitant ainsi de « remettre à plus tard la gestion de problèmes de santé plus graves découlant d'un recours inadéquat aux services de santé, en particulier aux services préventifs » (Massé, R., 1995) .

Bien que les populations immigrantes soient éventuellement appelées à s'installer en région, Montréal demeure un lieu d'installation privilégié

puisque 87% des immigrants admis entre 1998 et 2000 se sont établis dans la région métropolitaine. Certains quartiers (Parc Extension, Bordeaux-Cartierville, Côte-des-Neiges, etc.) accueillent ces populations depuis déjà de nombreuses années et, de ce fait, les institutions qui s'y trouvent ont développé une expertise et des habiletés professionnelles permettant

En 2001, le nombre d'admissions de nouveaux arrivants au Québec est passé de 30 000 à plus de 45 000 en moins de 3 ans tout en maintenant à au moins 8 000 le nombre de personnes réfugiées.

d'adapter leurs services. Toutefois, de plus en plus de quartiers à Montréal accueillent des populations immigrantes et les institutions qui s'y trouvent, les cliniques privées, les CLSC et les organismes communautaires auront aussi à développer cette expertise afin d'effectuer les ajustements nécessaires en terme d'organisation. Des ajustements qui pourraient garantir, dans l'avenir, des services de qualité, accessibles et répondant aux besoins de ces populations.

Le projet pilote dont fait état ce bref rapport synthèse a pour but d'explorer les besoins organisationnels et la spécificité de l'organisation dans un contexte pluriethnique. Plus précisément, nous avons documenté 1) les besoins spécifiques en services sociaux et de santé de la population immigrante, 2) la spécificité de l'intervention auprès des populations immigrantes et 3) les principaux secteurs d'intervention, les enjeux intersectoriels concernant les services de première ligne et les besoins spécifiques en ressources humaines, financières et organisationnelles des services de première ligne.

En plus d'explorer ces trois aspects, les résultats de ce projet pilote soulèvent un éventail d'interrogations qui confirment le besoin de réaliser une étude plus approfondie. Un projet de recherche a donc été élaboré à partir de ces résultats et a obtenu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et est pilotée par la Direction de santé publique de Montréal.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude exploratoire et descriptive des enjeux rencontrés tant par les gestionnaires que par les intervenants par rapport à l'organisation et à la prestation des services de première ligne sur des territoires de CLSC où l'on retrouve une importante population immigrante.

Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de quatre chefs de programme de trois CLSC : deux au CLSC Côte-des-neiges, un au CLSC Parc Extension et un au CLSC Nord-de-l'île. Deux de ces gestionnaires ont une longue expérience de gestion dans différents programmes (10 ans environ), un à une longue expérience au sein du même programme en intervention (18 ans) et en gestion (1 an).

Par ailleurs, deux groupes de discussion ont été réalisés avec 13 intervenants des CLSC Côte-des-Neiges (6), Parc Extension (4) et Nord-de-l'île (3) : Deux agents de relations humaines, trois Infirmiers, deux médecins, quatre travailleurs sociaux et deux autres. L'ancienneté des intervenants pouvait varier de 2 à 21 ans. Sept d'entre eux ont reçu une formation interculturelle en dehors des formations du CLSC. Cinq sont des personnes immigrantes avec une durée de séjour très variable (de 6 à 31ans de résidence au Canada).

Une analyse qualitative des entrevues a permis de dégager les principaux thèmes relatifs à l'organisation des services de première ligne auprès d'une clientèle plu-

riethnique. L'information recueillie auprès de ces personnes a été complétée par une recension des écrits sur la spécificité des problèmes de santé des populations immigrantes et sur la spécificité de l'intervention auprès de ces mêmes populations.

Principaux résultats

Les enjeux dans l'utilisation et l'organisation de services

Les populations immigrantes sont considérées comme sous-utilisatrices des services de santé. Des études nord-américaines mettent de l'avant la durée de résidence, le statut socioéconomique et la couverture d'assurance maladie comme étant associés à l'utilisation des services de santé, (Leclerc, Jensen & Biddlecom, 1994). Néanmoins, dans un contexte de gratuité universelle de soins de santé, l'accès aux services risque d'être limité par d'autres facteurs, notamment par des facteurs culturelles et linguistiques. Lors de nos entretiens, cette question a été fortement débattue par les répondants en référence à l'organisation des services, à leur adaptation, aux coûts afférents à ces adaptations, aux besoins de ressources, aux services d'interprètes, à la formation et, finalement, en fonction de l'équité dans l'offre des services.

CE QUE DISENT LES GESTIONNAIRES

Tous les répondants ont reconnu que leur institution, tient compte, à différentes étapes de leur programmation, de la présence de nombreux immigrants sur le territoire.

Toutefois peu ont des programmes spécifiques destinés à certaines populations, ethnies ou sous-groupes, la plupart offrant des services destinés aux besoins de toute la population de leur territoire. De plus, il ne semble pas y avoir de planification spécifique de l'organisation des services en réponse à la présence d'immigrants; il s'agirait plutôt d'une réaction face à un fait accompli. De nombreux ajustements sont notamment nécessaires afin d'assurer la flexibilité des services, des horaires, des contenus, etc.

« Ça suppose une certaine flexibilité de l'organisation des services ... surtout pour ceux qui sont d'arrivée récente et qui ont une culture très différente. De la flexibilité aussi dans la dispensation des services, au plan des pratiques professionnelles. De plus, l'organisation doit faciliter la réflexion... finalement, une transformation de pratiques professionnelles pour tenir compte de l'aspect interculturel ».

Les gestionnaires interrogés ont reconnu que tous les services devraient être adaptés. Ce besoin apparaît plus clairement lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de personnes d'immigration récente. Par contre, il n'est pas établi que certains services méritent plus que d'autres d'être adaptés.

« Il n'y a pas de service où les besoins sont vraiment moins grands. Pas vraiment un secteur plus important qu'un autre ».

Plusieurs recherches sur l'utilisation des services mettent l'accent sur les barrières culturelles dans l'accès aux services mais n'interprètent pas leurs données en fonction de la compétence linguistique (Flores, Abreu, Olivar & Kastner, 1988). Flores et coll. (1988) ont effectué une étude en anglais et en espagnol auprès d'utilisateurs d'un hôpital en milieu hispanophone défa-

vorisé. Les parents ont indiqué que la langue constituait la barrière la plus importante pour obtenir des soins pour leur enfant. 11 % ont déclaré qu'ils n'ont pas cherché à obtenir des soins médicaux pour leur enfant à cause de la barrière linguistique.

Dans notre projet, **la langue** est un des principaux facteurs identifiés par les gestionnaires dans l'octroi des services aux populations immigrantes. De fait, plusieurs efforts d'adaptation des services passent par l'accessibilité linguistique. Parmi les stratégies déployées à cet effet, en plus de faire appel à des interprètes, l'embauche de personnels de différentes origines ethniques qui parlent plusieurs langues s'est avérée une solution intéressante. Les CLSC privilégient aussi l'embauche de personnels ayant une expérience en milieu pluriethnique ou une formation préalable en interculturel. Cette façon de procéder est apparue d'autant plus nécessaire aux yeux des gestionnaires que les CLSC ne reçoivent aucune allocation budgétaire en fonction des caractéristiques particulières des populations, ni pour les services d'interprète.

« Dans la sélection du personnel, on va chercher des gens qui connaissent des langues, qui ont une ouverture particulière à l'autre, à la différence culturelle ».

Les services d'interprète

La plupart des études rendent compte de la barrière d'accessibilité que doivent surmonter les personnes ne parlant ni le français, ni l'anglais. L'étude de Battaglini et coll. (1997) a permis de constater que les

difficultés de communication relevant d'incompréhensions culturelles, sont parfois plus complexes à surmonter. À cet égard, on note que les ressources d'interprètes sont plutôt limitées, sinon assez onéreuses. Par ailleurs, la langue et la communication font appel à deux enjeux de nature différente. La langue soulève la question de l'accessibilité et la communication celle de l'adaptation de services (Battaglini, 2000).

Les résultats du projet suggèrent que l'utilisation d'interprètes est très variable selon les CLSC. Certains considèrent que les coûts sont trop élevés et que les procédures pour avoir accès à un interprète de la Régie régionale sont trop compliquées. Comme alternative, ils ont recours à des membres de la famille, de la communauté ou des intervenants du CLSC, ce qui entraîne des difficultés d'un autre ordre. En effet, utiliser un enfant, ou un autre membre de la famille, peut amener des conflits intergénérationnels et nuire à la confidentialité. Faire appel à des intervenants pose le problème de l'utilisation des ressources. Mobiliser un psychologue pendant une heure pour faire l'interprète n'est peut-être pas la meilleure façon d'utiliser ses compétences.

« Ici, à l'interne, on a des gens qui parlent différentes langues; une TS qui parle vietnamien. quand elle va traduire pour quelqu'un qui demande une carte d'assurance maladie, le temps de l'intervenante n'est pas très bien utilisé. La banque d'interprètes fonctionne surtout sur rendez-vous, sans rendez-vous, c'est pas évident ». « Le problème c'est que le service d'interprète de la Régie régionale est tellement complexe et difficile qu'on y a recours qu'extrêmement rarement ».

L'adaptation des services et l'équité

La plupart des expériences de soins culturellement adaptés qui ont été documentées et publiées relatent de pratiques en périnatalité (Wornham, 1988; Fowler, 1998; Morris et al., 1999; Austin, Gallop, McCay, Peternelj-Taylor, & Bayer, 1999; Lynam, Gurm, & Dhari, 2000, etc.). Toutes permettent d'en constater la pertinence et les avantages. Le plus souvent, il s'agit cependant d'expériences ponctuelles, adaptées à une communauté à la fois et à un domaine en particulier.

À cet égard, les gestionnaires se sont posés la question sous l'angle de l'équité des services. Ces derniers font face à de multiples demandes de toutes sortes et la difficulté est de convenir de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas. En fait, jusqu'où est-il permis d'adapter les services pour une clientèle sans simultanément en désavantager une autre ?

« Jusqu'où aller pour ajuster nos services..., le client a des demandes, est-ce qu'on va répondre à ces demandes parce qu'il a des raisons culturelles, religieuses pour demander des ajustements des services. Jusqu'où on va ? »

« Dans certaines cultures, les hommes ne font pas l'entretien ménager. Alors ce n'est pas une raison pour laquelle on va allouer des services. C'est n'est pas parce que c'est une population de telle ethnie et parce que les hommes ne font pas d'entretien ménager qu'on va donner des services qui autrement ne seraient pas accordés à une autre ethnie ».

Pour quelles populations les services devraient être plus adaptés?

Aux yeux des répondants, cette question ne se pose pas en terme d'origine ethnique,

de religion, de genre ni de particularités médicales. De leur avis, il est surtout important de penser l'adaptation des services en fonction de certaines caractéristiques comme la durée de séjour (les nouveaux arrivants par exemple), ou encore pour les réfugiés ou des personnes qui auraient vécues des traumatismes pré-migratoires.

« Un demandeur d'asile ne sait pas s'il va rester, toute l'incertitude par rapport à l'obtention du statut crée une grande insécurité. De plus, ils n'ont pas accès à tous les services [...]. Ce sont des gens en situation de survie pendant une longue période d'insécurité [...]. Ça demande beaucoup au niveau des services et je vous dirais que des fois c'est un peu affolant pour des intervenants, c'est tellement gros. Mais les humains sont pleins de ressources aussi et il faut capitaliser là dessus. »

La question soulevée est donc de savoir s'il est préférable d'adapter des services pour une communauté particulière, ou bien de cerner des difficultés précises en fonction de diverses expériences migratoires, et d'ajuster les services en fonction des besoins spécifiques qui en découlent.

Conséquences de l'adaptation des services

Une des principales conséquences de la présence d'une forte proportion d'immigrants sur l'organisation des services est l'allongement de la durée des interventions. Les causes sont diverses : utilisation d'interprètes, problèmes généraux d'incompréhension, complexité des cas, méconnaissance des services, etc. De plus le personnel de chacun des trois CLSC suit ou a suivi des formations en intervention en milieu pluriethnique. À eux

seuls, ces deux facteurs génèrent une augmentation considérable des coûts des services.

« Toutes les interventions prennent plus de temps. Temps pour l'interprétation, avec ou sans interprète c'est beaucoup plus long. Les intervenants ne sont jamais sûrs d'avoir été bien compris même lorsque les personnes parlent anglais ou français. Le problème n'est pas seulement au niveau de la langue, mais de l'attitude culturelle (réponses ambiguës). Ça peut être très long pour cerner un problème de bout en bout ».

Par ailleurs, l'adaptation des services entraîne une augmentation considérable de leur coût (adaptation, interprètes, formation, etc.) qui n'est pas prise en compte lors de l'attribution des budgets. Ainsi, les gestionnaires ont du faire des choix parfois difficile de restreindre l'accès à certains services afin de pouvoir assumer leur adaptation. Les conséquences éthiques de ces choix sont en partie attribuables à l'incompréhension des particularités de la pratique en milieu pluriethnique par les instances décisionnelles qui tardent à accorder un soutien adéquat.

«...Je trouve que c'est peut être des populations (immigrantes) qui en raison de leur langue et de leur culture ont de moins bons services. ».

« La situation financière fait qu'on ne peut pas dépasser certaines limites dans les services. C'est dommage. On a donc coupé sur le personnel et les services. Par exemple, la liste d'attente pour les services en psychologie, des besoins évidents que je pourrais augmenter mais je ne peux pas ».

Soutien des instances régionales et ministérielles

Tous les répondants déplorent le fait que les caractéristiques de leurs clientèles ne soient pas prises en compte dans

l'attribution des budgets. Ils soutiennent que les budgets sont accordés de manière identique dans tous les CLSC, avec les mêmes bases de calcul sans considérer la diversité culturelle de certains secteurs. Les indicateurs de performance utilisés leurs semblent inadéquats (nombre d'actes et de sujets suivis) étant donné les types d'interventions et le temps nécessaire pour chaque intervention dans de tels contextes.

« Il y a une tendance à comparer les établissements les uns aux autres en terme de performance et là ça devient très frustrant parce qu'on sent une pression pour augmenter cette performance et là tu dis ben si on fait ça il va falloir changer nos façons de faire pour devenir très "by the book" quand on sait que donner un rendez-vous ici comparativement à donner un rendez-vous ailleurs c'est très différent, parce qu'il y a toute sorte d'incompréhensions qui s'installent: il y a la langue, faire répéter la personne pour s'assurer qu'a bien compris: toutes sortes de façons et d'habitudes si différentes... ».

CE QUE DISENT LES INTERVENANTS

Particularités de l'intervention

D'un commun accord, les intervenants constatent que le rythme des interventions est différent auprès de personnes immigrantes. Elles sont notamment plus longues à cause des barrières linguistiques et du recours à des interprètes, mais aussi, dans les cas des immigrants récents, il faut tenir compte de leur méconnaissance des services. Le temps nécessaire pour établir un lien de confiance, pour expliquer le rôle des intervenants et le fonctionnement du système prolonge la durée des interventions.

« [...] il y a tout un processus d'apprentissage qui se fait à la fois par la personne qui arrive et par nous (...). Donc ça affecte notre rythme d'intervention, moi je trouve qu'on prend plus de temps. »

« C'est la perception qu'ils ont de la travailleuse sociale [...] avec une personne immigrante de certain pays il faut toujours que je m'explique... »

Certains répondants considèrent que les problèmes rencontrés chez les immigrants sont similaires à ceux de la population en général, mais que la source de ces problèmes est différente et qu'il s'ensuit une approche différente.

« J'ai l'impression que pour une consultation en violence conjugale, pour la déficience intellectuelle, pour un problème de santé mentale, probablement, on aurait le même problème entre un québécois et un immigrant. Mais dans le cas d'un immigrant c'est exacerbé par ce qu'il a vécu. Dans presque tous les cas, il y a de deuils à faire, il y a des composantes de discrimination ... »

Selon les intervenants rencontrés, les problèmes de nature socio-économique sont les plus urgents. Tous constatent la grande pauvreté qui domine les conditions de vie des immigrants nouvellement arrivés. En fait, ils considèrent cette situation comme le premier lieu d'intervention puisque à leurs yeux, il faut d'abord combler les besoins de base avant de songer à un autre type d'intervention. Par ailleurs, les répondants s'entendent pour dire que la pauvreté n'est pas la même au sein de ces populations immigrantes que la pauvreté intergénérationnelle observable au sein de la population québécoise. Chez les personnes immigrantes elle serait plutôt circonstancielle.

« Ils ont beaucoup de difficultés à trouver un emploi, même s'ils sont diplômés, [...] c'est commun [...] : les difficultés financières qui viennent avec

ça [...] et toute la honte, mais aussi l'image de soi qui est dégradée... »

« Les gens qui ne peuvent pas dormir, on cherche de midi à 14 heures, pour réaliser finalement qu'ils n'ont pas de lit, ou des diabétiques qui font de l'hypoglycémies parce qu'ils n'ont pas à mangé. »

Dans le cas des problèmes de santé physique, les répondants ne perçoivent pas de signes physiques spécifiques aux populations immigrantes. Toutefois, pour ce qui est des troubles de santé mentale, ils constatent que les modes d'expression varient selon l'origine culturelle, ce qui peut donner lieu à des diagnostics imprécis ou erronés.

« Les problèmes exotiques sont plutôt rares [...] on les dépiste, on les réfère. Le reste, sont des problèmes très courants, des rhumes, des grossesses, hypertension, le diabète [...] beaucoup de problèmes de santé mentale qui se présentent difficilement de la même manière que chez les autres. »

Les clientèles vulnérables

Les deux clientèles identifiées comme les plus vulnérables sont les réfugiés en attente de statut et les femmes victimes de violence conjugale. Pour les premiers, les troubles mentaux liés aux conditions pré-migratoires ainsi qu'à l'incertitude quant à leur avenir semblent prépondérants. Pour les secondes, les conditions de l'immigration (isolement, pauvreté, désillusion) semblent favoriser l'éclosion de tels phénomènes ou du moins ne pas permettre leur résolution. Finalement, les allophones sont également perçues comme plus vulnérables et exigeant des ajustements organisationnels.

« Les revendicateurs de statut de réfugié sont extrêmement vulnérables : des gens qui savent même pas s'ils vont rester dans le pays d'accueil, qui sont entre deux mondes, physiquement dans un nouveau pays et mentalement dans l'autre. »

« Les femmes moins éduquées ou qui parlent moins la langue, ça les rend plus vulnérables [...] Je suis convaincue que dans plusieurs cas, la faiblesse des réseaux fait en sorte que la violence éclate. »

Le service d'interprète

Hormis le CLSC Côte-des-neiges, où il y a des interprètes sur place, presque en tout le temps, ceux-ci sont surtout disponibles pour les suivis à long terme. Pour les services sans rendez-vous, les CLSC doivent trouver d'autres, d'autres solutions (famille, autres intervenants, etc.). Les intervenants se sentent tous concernés par les coûts engendrés par l'utilisation d'interprètes.

Le recours à des interprètes de la région ou à des interprètes occasionnels, tel qu'un membre de la famille ou du personnel de l'établissement, comporte des avantages et des inconvénients. L'intervention avec interprète est bien souvent nécessaire, voire incontournable, pour permettre de communiquer, mais comporte des difficultés de l'avis des participants. Elle implique la présence d'une tierce personne dans l'intervention et soulève des questions quant au partage d'information et à la confidentialité. De plus, le temps d'intervention est allongé.

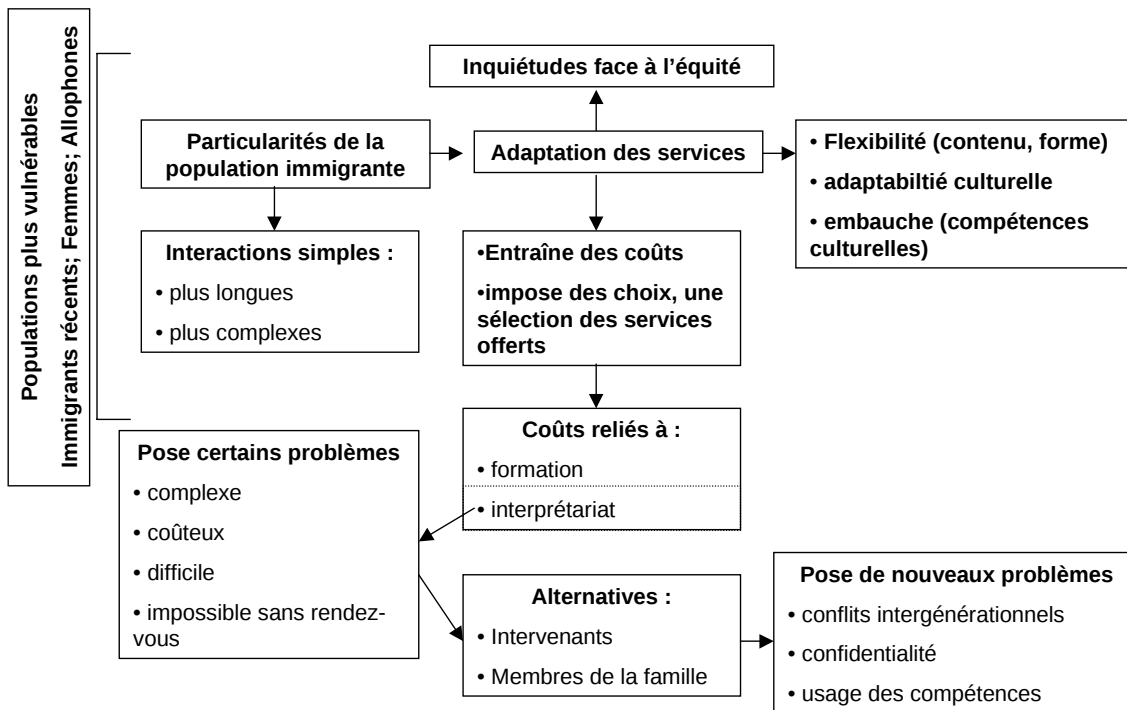
Bien que les intervenants se disent en général satisfaits des interprètes de la région, certains s'interrogent sur la qualité de leur

formation et aimeraient être consultés par rapport au travail de ces derniers.

Synthèse des rencontres

Parmi les préoccupations communes aux gestionnaires et aux intervenants, nous retrouvons celle de l'équité de l'offre des services à la population en général lorsque des adaptations sont nécessaires. En effet, lorsque les budgets sont restreints, ces ajustements entraînent des choix organisationnels qui se répercutent sur la diminution ou le retrait d'autres services. De plus, modifier certains aspects d'un service pour le rendre plus accessible à une clientèle donnée se fait au risque de le rendre moins accessible à d'autres. Il s'agit ici d'un questionnement relié à la notion d'accommodement raisonnable qui soulève la question des limites de l'adaptation des services.

Tel qu'illustré au diagramme ci-joint, ces choix organisationnels sont intimement liés aux limites budgétaires lorsque l'adaptation entraîne des coûts supplémentaires, comme c'est notamment le cas pour la formation et pour les services d'interprète. Pour ce qui est de des services d'interprète, il est toujours possible de faire appel à un membre de la famille ou à un intervenant parlant la langue du client. Mais ces alternatives comportent aussi des limites. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'un enfant, cela peut créer des conflits intergénérationnels ou nuire à la confidentialité et, lorsqu'il s'agit d'un intervenant, ce n'est pas toujours avantageux pour



l'organisation puisque ce temps est perdu pour ses propres interventions.

Dans le cas de la formation, il est possible de favoriser l'embauche d'intervenants déjà formés et possédant des compétences utiles en interculturel. Mais ce n'est pas toujours le cas.

L'adaptation des services exige certainement une flexibilité de leur forme (horaire, lieu, etc.), de leur contenu et une connaissance des particularités culturelles des populations desservies. En ce sens, la formation continue des intervenants est incontournable afin de parfaire leurs compétences culturelles.

Pour finir, tant pour les gestionnaires que pour les intervenants rencontrés, les clients ayant le plus besoin de services

adaptés sont les nouveaux arrivants (incluant les réfugiés et ceux en attente de statut), les femmes et les personnes n'ayant pas ou peu de connaissances en français et en anglais. D'autres caractéristiques comme le niveau de scolarité, la connaissance du système de santé Québécois, le parcours migratoires et le statut socio-économique ont également été mentionnées par ces derniers.

Conclusion :

Du projet pilote à l'étude principale

Le principal objectif des rencontres auprès des gestionnaires et des intervenants était de saisir, selon leur point de vue, les particularités de l'intervention et du travail administratif sur des territoires à forte proportion immigrantes. Nous étions intéressés par leur point de vue en tant que

personnes directement en contact avec des migrants et qui doivent tenir compte de la diversité des besoins et des expériences.

Le point de vue des intervenants est d'autant plus pertinent que, jusqu'à aujourd'hui, les connaissances sur ce sujet proviennent surtout d'études qui ont emprunté une perspective interculturelle, donc qui nous renseignent surtout sur la relation entre le professionnel et le patient, sur la dynamique qui met en relation des cultures différentes, des façons de voir différentes. Or, très peu de recherches portent sur les besoins organisationnels dans un tel contexte, sur les particularités et les difficultés rencontrées en cours d'intervention en fonction de problèmes de santé propres aux populations immigrantes.

Ces rencontres nous ont permis de s'assurer de la pertinence d'une étude plus approfondie sur ce sujet afin, notamment, de soutenir les instances décisionnelles lorsqu'elles doivent prendre en considération la présence actuelle et éventuelle de populations immigrantes sur les territoires, mais aussi, et surtout, pour mieux cerner les difficultés concrètes, les problématiques de santé et les besoins d'intervention prioritaires.

Les principaux points que nous avons abordés au cours des rencontres concernaient l'organisation des services, leur adaptation, les coûts afférents à ces adaptations, les besoins de ressources, des intervenants, les difficultés rencontrées et

l'équité. Les particularités sommairement exposées par les répondants expriment la complexité de l'organisation et de la prestation des services dans des territoires à forte proportion de population immigrante. Cette complexité se traduit par des exigences spécifiques aux plans relationnel et organisationnel : relationnel par la nature interculturelle de l'interaction intervenant/usager et organisationnel par la gestion de ces services afin de répondre aux besoins et aux particularités culturelles et linguistiques.

Pour les établissements, cette spécificité entraîne des besoins organisationnels concrets : formation, adaptation des services, utilisations d'interprètes culturels, etc, (Allen, Bornais, Genest, & Saillant, , 1995). Aussi, de nombreuses questions demeurent en suspens, à savoir, dans quelle mesure ces ajustements mobilisent-ils plus de ressources humaines et financières ? Que signifie concrètement l'adaptation des interventions ? Le recours à des interprètes culturels représente-t-il des coûts importants pour les CLSC ? Dans quels secteurs d'intervention ces besoins sont-ils les plus importants ? Finalement, est-ce que la prestation des services sociaux et de santé à de telles populations nécessite une organisation différente des services, et si oui, dans quelle mesure ?

Ces questions semblent prioritaires pour certains secteurs d'intervention. Notre recension des écrits nous a permis d'en identifier trois : la santé mentale, les maladies endémiques et l'adaptation sociale. Plusieurs des études qui s'attardent aux

besoins de santé des populations immigrantes prennent en considération l'importance des parcours migratoires, du processus d'intégration et de l'adaptation culturelle (Battaglini, A. & Gravel, S., 2000; Rousseau, C. & et al., 1997; Battaglini, et al., 1997; Massé, R., 1995; Heneman et al. 1994; Bibeau, G. et al., 1992). Les problèmes sociaux et de santé les plus fréquemment mentionnés sont les réactions post-traumatiques relatives à l'expérience de la violence organisée, les pathologies endogènes, héréditaires ou environnementales (parasitoses, hépatite, tuberculose, hémoglobinopathies, etc..) et les pathologies acquises associées à l'intégration. Dans ce dernier cas, on pense surtout aux problèmes de santé mentale, à ceux liés à la pauvreté, à des conditions socio-sanitaires déficientes et aux accidents de travail. L'étude plus approfondie qui suit ce projet pilote reprendra donc les principaux points abordés par les intervenants et les gestionnaires dans ces trois secteurs d'intervention.

La question principale qui guidera cette étude est : quelles sont les exigences particulières à l'organisation et à la prestation de services sociaux et de santé en première ligne (CLSC, urgences, cliniques médicales à Montréal, organismes communautaires) auprès de populations immigrantes de statut, d'origine et de durée de séjour variables ? Cette question implique la description et l'analyse de plusieurs dimensions relatives à l'organisation des services. Dans le cadre de cette étude nous en retiendrons plus particulièrement trois qui répondent à nos objectifs :

- 1) les exigences spécifiques à l'organisation et à la prestation des services auprès des populations immigrantes et réfugiées;
- 2) les enjeux intersectoriels et la continuité des services de première ligne;
- 3) les trajectoires d'utilisation des services par la population immigrante

Ces dimensions nous permettront d'investiguer les problèmes spécifiques à l'organisation, à la gestion et à l'administration des services, mais aussi de décrire le parcours des personnes immigrantes à travers le réseau de la santé, leurs hésitations, leurs craintes et les obstacles qu'elles rencontrent.

Cette étude se déroulera sur neuf territoires de CLSC dans le but de permettre une comparaison des besoins organisationnels pour la prestation de services auprès de ces populations.

Les résultats nous permettront de documenter les besoins organisationnels pour répondre adéquatement à des clientèles diversifiées au plan culturel, social et migratoires. Par le fait même, et par l'analyse des parcours sanitaires des usagers, il sera possible d'améliorer l'utilisation des services de manière à optimiser les ressources du réseau de la santé et maintenir le potentiel de bonne santé de cette population. Finalement, analyserons plusieurs points de vue sur un même thème, soit ceux des gestionnaires, des intervenants et des usagers dans des territoires montréalais présentant des caractéristiques populationnelles différentes. Cela devrait permettre de jeter un éclairage nouveau sur les besoins organisationnels

tout en respectant les multiples points de vue possibles sur cette problématique. Ce qui devrait nous permettre d'évaluer les investissements nécessaires à l'adaptation des services et, éventuellement, soutenir les instances décisionnelles lorsque celles-ci devront prendre en considération la présence de populations immigrantes dans les territoires.

Bibliographie

Allen, M.-F., Bornais, R., Genest, S., & Sallant, S. (1995). Santé et intervention auprès des réfugiés d'Asie du Sud-Est : recension des publications.

Austin, W., Gallop, R., McCay, E., Peternelji-Taylor, C., Bayer, M. (1999). Culturally Competent Care for Psychiatric Client Who Have a History of Sexual Abuse". *Clinical Nursing Research*, 8(1) : 5-23.

Battaglini, A., (2000). « Culture et santé » in *Culture, Santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste*, sous la direction de Sylvie Gravel et Alex Battaglini, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 57-74.

Battaglini, A., Fortin, S., Heneman, B., Laurendeau, M. C., & Tousignant, M. (1997). Bilan des interventions en soutien parental et en stimulation infantile auprès de clientèles pluriethniques Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité Écologie humaine et sociale.

Battaglini, A. & Gravel, S. (2000). Les mères immigrantes: pareilles, par pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité Écologie humaine et sociale.

Bibeau, G., Chan-Yip, A. M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C., & Fleury, H. (1992). La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien. Gaëtan Morin éditeur.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S., & Alvarado, E. (1994). Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes École de service sociale de l'Université de Montréal et Direction de la santé publique, Régie régionale

de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Flores, G., Abreu, M., Olivar, M.A., Kastner, B. (1988). "Acces Barriers to Health for Latino Children". *Archive Pediatric Adolescent Med*, 152: 19-25

Fowler, (1998). Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience, *CMAJ*, vol. 159; 388-391.

Leclerc, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health care utilization, family context and adaptation among immigrants to the US. *Journal of Health and social Behavior*, 35, 370-384.

Lynam, M. J., Gurm, B., & Dhari, R. (2000). Exploring perinatal health in Indo-Canadian women. *Canadian Nurse*, 96, 18-24.

Massé, R. (1995). Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Morris, H. M., Ogilvie, L., Fung, M., Lau, A., Ong, A., & Boyd, J. (1999). Cultural brokering in community health. *Canadian Nurse*, 95, 28-32.

Rousseau, C. & et al. (1997). Politique d'immigration et santé mentale : impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés Montréal: Rapport présenté au Conseil Québécois de la recherche sociale.

Wornham, W.L., (1988). "Cultural Targeted Health Services for Immigrant and Refugees". *Canadian Journal of Public Health*, 79 : 34-38.

